CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE, 1904
(Section de Chirurgie et Accouchements)

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Ch. GUÉRIN

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
—
1904




TITRES

I. — Titres universitaires.

Chargé des fonctions d'Aide d'Anatomie (1891).
Aide d'Anatomie (concours 1892).
Docteur en Médecine (2 juillet 1897).
Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier :
1° Mention très honorable du prix Fontaine 1897 (thèse).
2° Prix de la Ville de Montpellier, 1897 (scolarité).
3° Prix Bouisson (mille francs), 1897.
Chef de Clinique obstétricale (concours 1897).

II. — Titres hospitaliers.

Interne auxiliaire à l'Asile d'aliénés de Montpellier (choléra, 1893).
Interne des Hôpitaux de Montpellier (Concours 1893, classé premier).
Interne à la Clinique obstétricale et gynécologique, 1897.
Lauréat des Hôpitaux au concours entre Internes, 1896
(classé premier, trousse d'honneur).

III. — Titres honorifiques.

Membre de la Société Obstétricale de France.
Membre correspondant non résident de la Société d'Obstétrique de Paris.
Membre correspondant de la Société Anatomique de Paris.
Membre et ancien Vice-Président de la Société des Sciences médicales de Montpellier.
Membre du Comité du *Montpellier Médical*.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — Enseignement.

Conférences et exercices pratiques, comme Aide d'anatomie durant les années 1891-92, 1892-93 et 1893-94.

Conférences et contre-visites obstétricales, direction des élèves aux accouchements, comme Chef de Clinique obstétricale durant les années 1897-98, 1898-99 et 1899-1900.

Cours complet de première année, fait aux Élèves sages-femmes de la Maternité de Montpellier durant les trois années 1900-01, 1901-02 et 1902-03.

Ce cours, qui jusqu'alors était fait par le Professeur ou l'un des Agrégés d'obstétrique, comprend l'Anatomie, la Physiologie et la Pathologie élémentaires, ainsi qu'une partie de la Pathologie obstétricale.

II. — Publications.

Pour mettre plus d'ordre et de clarté dans l'exposé de ces publications, nous les avons classées en dix chapitres, en les groupant autant qu'il nous a été possible suivant leurs affinités naturelles.

A. — Grossesse et accouchement normaux.
B. — Pathologie de la grossesse.
C. — Dystocie.
D. — Opérations obstétricales.
E. — Suites de couches.
F. — Allaitement. Nouveau né.
G. — Tératologie.
H. — Pathologie chirurgicale.
J. — Pathologie médicale.
K. — Varia.

A. — GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT NORMAUX

1. — **Un cas de maternité précoce.** *Nouv. Montpellier Médical* 1898, pp. 1135-1142.

A propos d'une jeune fille de 14 ans et demi qui accoucha normalement d'une très belle enfant de 3.525 grammes, et nous basant sur cinq autres cas publiés en France, nous avions cru pouvoir émettre les quelques remarques suivantes sur les parturitions précoces.

L'accouchement est généralement normal et même rapide. Par suite de leur jeune âge, les mères travaillent peu et sont mieux choyées, d'où une sorte de puériculture intra-utérine indirecte; aussi leurs enfants naissent-ils d'un poids généralement élevé (3 kgr. 350, 3 kgr. 525, 3 kgr. 700). Malgré ce volume fœtal, grâce à l'élasticité des jeunes tissus maternels, il n'y a que très peu de délabrements périnéaux.

Depuis la publication de cette note, M. Picard, dans ses recherches (*De la puerpéralité chez les femmes âgées de moins de seize ans*. Thèse de Paris, 1903), est arrivé à des conclusions qui se rapprochent beaucoup des nôtres quant à la bénignité de ces parturitions précoces.

2. — **Contribution à l'étude du développement intra-utérin du fœtus. Recherches sur quelques relations entre sa longueur et son poids au-dessous de 2.000 grammes.** *Nouv. Montpellier médical*, t. XVI, 1903.

Si nous cherchons dans les auteurs quelle est la longueur du fœtus après la 12[e] semaine, c'est-à-dire à la fin du troisième mois de la grossesse, nous trouvons qu'elle est de 5 cm. 4 à 6 cm. 7

pour Jacquemier, de 6 centimètres suivant Joulin, de 10 centimètres d'après Briand et Chaudé, de 11 à 13 cm. 5 selon Nægele et Grenser, de 13 à 15 au dire de Cazeaux et de Bailly et qu'elle varie de 10 à 17 centimètres suivant Schrœder et Hecker.

Pour le poids, même incertitude : Jacquemier indique 32 à 48 grammes, Joulin 40, Briand et Chaudé de 60 à 90, Cazeaux et Bailly de 100 à 125, Schrœder 120 et Nægele 145.

On voit combien nos connaissances sont peu fixées sur ce point, aussi avons-nous cru intéressant de faire quelques recherches sur ce sujet et d'étudier à titre de moyen de contrôle les relations qui existent entre le poids du fœtus d'une part et sa longueur de l'autre.

Des recherches de ce genre ont été faites, en Allemagne, par Fesser en 1873.

Quant à nos documents, nous les avons recueillis dans les travaux de Fehling, de Faucon, de Legou, dans les registres de la Clinique de Montpellier et dans nos observations personnelles. Nous en avons fait le classement en double série.

1° En prenant pour point de départ le poids du fœtus; 2° en partant de la longueur. Chacune d'elles est résumée dans l'un des tableaux suivants.

TABLEAU I. — *Variations de la longueur totale, de la longueur sus-ombilicale et de l'âge apparent de la grossesse par rapport au poids du fœtus.*

NOMBRE dos cas	POIDS LIMITES	POIDS moyen	LONGUEUR totale	LONGUEUR sus-ombilicale	NOMBRE de jours
		grammes	centimètres	centimètres	
14	moins de 20 grammes	»	0 à 10	0 à 5,5	0 à 90
15	20 à 50	35	12	7 2	94
18	50 à 100	68	15 3	9 9	104
36	100 à 200	116	19 8	11 3	122
42	200 à 300	240	23 5	13	135
27	300 à 400	359	25 8	14 6	149
20	400 à 500	455	27 9	15 8	151
9	500 à 600	532	29 9	16 8	153
31	600 à 800	661	31 8	17 3	164
13	800 à 1.300	892	34 5	18 9	191
7	1 000 à 1.250	1.067	36 2	19 6	196
10	1.250 à 1.500	1.370	38 8	21 8	214
11	1.500 à 1.750	1.648	42	22 6	226
8	1.750 à 2.000	1.924	44	23 2	235

TABLEAU II. — *Variations du poids du fœtus et de l'âge apparent de la grossesse par rapport à la longueur fœtale.*

LONGUEUR	POIDS	AGE	LONGUEUR	POIDS	AGE
centimetres	grammes	jours	centimetres	grammes	jours
2 à 3	1 50	69	23 à 24	254	143
3 — 4	»	»	24 — 25	308	134
4 — 5	2 32	72	25 — 26	335	149
5 — 6	5 94	68	26 — 27	390	142
6 — 7	7	76	27 — 28	416	147
7 — 8	»	»	28 — 29	480	161
8 — 9	17 09	89	29 — 30	552	160
9 — 10	13 05	98	30 — 31	678	158
10 — 11	24 68	92	31 — 32	647	164
11 — 12	34	90	32 — 33	728	171
12 — 13	42 50	97	33 — 34	746	181
13 — 14	44 75	98	34 — 35	933	189
14 — 15	62 33	103	35 — 36	993	191
15 — 16	63 33	100	36 — 37	990	195
16 — 17	84	109	37 — 38	1.080	211
17 — 18	105 19	101	38 — 39	1.210	219
18 — 19	140 5	119	39 — 40	1.254	220
19 — 20	135	127	40 — 41	1 376	218
20 — 21	156 61	124	41 — 42	1.518	224
21 — 22	211 66	131	42 — 43	1.665	229
22 — 23	230	128	43 — 44	1.983	236

Tous nos résultats sont étalés dans les deux tableaux précédents. Ils ne sont certes pas d'une application pratique directe et immédiate, ce sont de simples matériaux amassés, c'est notre petite pierre apportée à l'édifice, faible contribution à l'étude de cette intéressante question.

3. — **Essai sur les relations entre la longueur et le poids du fœtus à la fin de la grossesse.** *L'Obst.*, 15 nov. 1903.

Dans cette seconde série de recherches, nous n'avons en vue que les enfants d'un poids supérieur à 2.000 grammes et par conséquent nés à terme ou dans les huit dernières semaines de la grossesse.

Nos mensurations ont porté sur 1.000 enfants nés dans le service de notre maître le professeur Grynfeltt; les chiffres que nous avons recueillis ont été classés en 5 catégories, suivant que les fœtus

peeaient de 2.000 à 2.500 grammes, de 2.500 à 3.000, de 3.000 à 3.500, de 3.500 à 4.000 et enfin plus de 4.000 grammes.

Nous avons ainsi construit un tableau dont il a été facile de tirer les conclusions suivantes :

I. — Chez lee enfants pesant au minimum 2.000 grammes et classés dans des catégories variant entre elles de 500 grammes, la longueur totale mesurée du sommet de la tête aux talons varie sensiblement.

a) Elle varie dans le même sens que le poids.

b) Les moyennes des diverees catégories varient entre 47 cm. 37 et 54 cm. 15.

c) D'une catégorie à la suivante, l'augmentation moyenne est assez constante et oscille autour de 1 cm. 7.

d) Dans chaque catégorie la longueur des fœtus varie dans des limites considérables, qui ne sont pas moindree de 6 centimètres et qui peuvent atteindre 12.

II. — Dans quatre catégories sur cinq, à poids égal, les filles sont sensiblement plus longues que les garçons.

Corollaire. — A longueur égale, lee garçons sont plus forts et plus trapus. Cette conclusion II, un peu étonnante au premier abord, s'explique très simplement. On eait qu'à égalité d'âge, de développement intra-utérin, les garçons ont un poids supérieur à celui des fillee. Dans les catégories précédentes, où le classement est fait à poids égal, les garçons ont donc un âge, un développement un peu moins avancé que celui des filles, d'où une longueur un peu moindre.

III. — La longueur moyenne de tous les enfante de 2.000 grammes au minimum est de 50 cm. 391.

Les longueurs extrêmes notées ont été 43 et 60 centimètres.

IV. — La longueur moyenne de tous les enfants de 2.500 grammes et au-dessus, c'est-à-dire qui peuvent être regardés comme nés à peu prèe à terme, est de 50 cm. 73; soit 51 cm. 01 pour les garçons et 50 cm. 43 pour les filles. Ces chiffres peuvent être considérés comme donnant la longueur normale du nouveau-né dans la région de Montpellier.

Pour la longueur sus-ombilicale nous avons fait le même travail que pour la longueur totale, et nous arrivons aux résultats suivants :

I. — Chez les enfants de 2.000 grammes et plus, dans les conditions de classement déjà indiquées, la longueur de la portion sus-ombilicale du corps subit aussi des variations intéressantes :

a) Elle varie dans le même sens que le poids.

b) Les moyennes des diverses catégories sont comprises entre 24 cm. 82 et 29 cm. 11.

c) Les variations sont sensiblement égales dans les deux sexes.

d) Les longueurs sus-ombilicale et sous-ombilicale du corps varient à peu près parallèlement et de quantités presque égales avec une très légère majoration en faveur de la première.

II. — Sur 1 000 enfants mesures, 38 fois seulement la longueur sus-ombilicale était moindre que la demi-longueur totale, 25 fois elle lui était égale et 937 fois elle la dépassait. Ce qui revient à dire que l'ombilic est généralement situé au-dessous de la ligne horizontale qui divise le corps en deux moitiés égales, que 2,5 fois p. 100 il coïncide avec elle et que 3,8 fois p. 100 il est placé au-dessus.

Ces chiffres sont parfaitement d'accord avec ceux de Moreau qui, sur 94 enfants, en trouva seulement 4 ayant l'ombilic au-dessus de la mi-hauteur du corps.

III. — Pour les enfants de 2.000 grammes et au-dessus, la longueur sus-ombilicale est en moyenne de 26 cm. 844, c'est-à-dire que l'ombilic est situé à 1 cm. 65 au-dessous du milieu de la hauteur totale.

Devillers, à la suite de mensurations sur 150 enfants, déclarait que l'ombilic est habituellement à 4 ou 5 centimètres au-dessous du milieu du corps. Ce chiffre est évidemment exagéré. Moreau, qui examina 94 enfants, n'admet guère qu'un écart de 2 cm. 3 en moyenne entre la longueur sus-ombilicale et la demi-longueur totale. A notre avis, c'est encore un chiffre trop élevé, et nos mensurations, faites sur 1.000 sujets, ont quelques chances de donner

une moyenne plus exacte que celles de ces deux auteurs, qui sont appuyées sur un faible nombre d'observations.

IV. — La longueur sus-ombilicale dépasse la demi-hauteur de 1 cm. 63 chez les garçons et de 1 cm. 66 chez les filles. L'ombilic est donc sensiblement au même niveau dans les deux sexes, et, si l'on tient à y voir une différence, il siégerait légèrement plus haut chez les mâles.

C'est là une opinion exactement contraire à celle de Devillers, pour qui l'ombilic serait plus élevé dans le sexe féminin. Cette divergence s'explique par le faible nombre de ses observations (150) et par l'inégalité trop grande dans la répartition des sexes : 100 filles contre 50 garçons. Dans notre statistique, au contraire, sur 1.000 cas nous avons presque une égale proportion des deux sexes : 484 filles contre 516 garçons. Nous avons ainsi diminué les chances d'erreur dans la mesure du possible.

4. — **Remarque sur un point du développement des jumeaux, à propos de pièces provenant d'un avortement gémellaire à deux mois.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 24 avril 1903.

Un côté intéressant de cette question est soulevé par l'état de développement de ces œufs. Indépendants l'un de l'autre, chacun d'eux est plus petit qu'un œuf unique du même âge, et leurs embryons (de deux mois) ne dépassent pas les dimensions que Ribemont donne à celui d'un mois représenté en grandeur naturelle à la page 106 de son *Précis d'obstétrique*.

Ce moindre développement des jumeaux, bien souvent remarqué à la naissance à terme, est, croyons-nous, encore plus net dans les débuts de la grossesse. Dans un cas où deux jumeaux furent expulsés au 133e jour, l'un des fœtus, long de 74 millimètres, pesait 11 grammes, et l'autre de 73 millimètres n'arrivait qu'à 9 grammes alors qu'à cet âge un fœtus unique mesure déjà plus de 15 centimètres et dépasse 50 grammes.

Les surfaces en contact des deux œufs, par conséquent inutilisées pour l'absorption, réduisent ainsi l'action nourricière du chorion chevelu et nous paraissent jouer un certain rôle dans cette question du développement lent des jumeaux au début de la grossesse.

B. — PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

5. — **De la valeur d'un excès d'urobilinurie dans le diagnostic de la mort du fœtus in utero.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 16 janvier 1903.

Il arrive parfois que chez la femme enceinte le diagnostic de mort du fœtus présente de sérieuses difficultés. C'est dans de telles circonstances qu'un signe pathognomonique serait vivement apprécié, et c'est dans l'examen des urines que divers auteurs ont cru le trouver.

Le docteur Merletti, de Padoue, après avoir constaté une augmentation habituelle de l'urobilinurie chez la femme enceinte, croyait pouvoir déclarer qu'à côté de cette urobilinurie en quelque sorte physiologique de la grossesse, il en existe une autre plus marquée, liée à la mort du fœtus *in utero*.

Dans deux cas où l'enfant succomba, à 8 mois de grossesse, tué par l'albuminurie maternelle, nous avons recherché cette urobilinurie, mais nous ne l'avons pas trouvée. Rien n'était, de ce côté, différent de l'état normal.

De ces deux faits nous ne voudrions pas conclure à l'absence d'urobilinurie dans les cas de mort du fœtus, mais les soins et les précautions multiples dont nous nous étions entouré nous permettent d'affirmer que ce signe n'est pas constant et qu'il ne faut lui accorder qu'une valeur très relative.

6. — **Présentation des pièces provenant d'une grossesse gémellaire bivitelline. Premiers stades d'un « fœtus compressus ».** (En collaboration avec le docteur Ed. GRYNFELTT.) *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 18 décembre 1903.

Le fœtus en voie de momification, s'étant pris la cuisse droite

dans son cordon, avait causé sa propre mort. Le cordon naissant de l'ombilic s'enroule aussitôt sur la cuisse, prés du genou et la fixe en adduction compléte, l'articulation fémoro-tibiale en contact avec l'ombilic. Il étrangle le membre dans une sorte de nœud et a même fortement pénétré dans les tissus qui lui forment une rigole circulaire. De là, il flotte librement dans l'œuf pour aller s'attacher normalement sur le placenta.

7. — **Grossesse avec ulcère variqueux**, après une ovaro-salpingectomie. *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 28 février 1902.

Une femme atteinte d'ovaro-salpingite post-abortum dut subir l'ablation des annexes du côté droit. Malgré cette demi-castration elle devint enceinte trois mois après.

Au sixième mois de cette grossesse, de volumineuses varices sillonnaient le membre inférieur droit, et peu après apparut un ulcére variqueux de la largeur d'une paume de main, qui au cours du post-partum fut le point de départ d'un érysipèle.

Cette observation fut l'origine des quelques recherches qui vont suivre.

8. — **Varices et ulcères variqueux chez les femmes enceintes** (En collaboration avec M. Th. Guirauden.) *Montpellier médical*, 1902, p. 749.

Il nous avait semblé voir une certaine discordance entre les faits signalés par les auteurs classiques et ceux que nous pouvons observer tous les jours. Aussi comme contrôle de ces constatations journaliéres avons-nous dressé une statistique destinée à préciser la fréquence des varices chez la femme enceinte, leur siège, leurs rapports avec l'âge et la multiparité et surtout la rareté de leurs complications ulcéreuses à la Clinique obstétricale de Montpellier.

Fréquence. — Sur 2.000 gestantes examinées, nous avons noté 337 fois des varices, soit 168,5 p. 1000. Cazin et Lesguillons avaient trouvé 47 p. 1000 seulement et M. le professeur Budin 333 pour 1000. Notre proportion de 1/5,3 s'éloigne donc beaucoup de celle de Cazin et de Lesguillons (1/21), pour se rapprocher très sensiblement du chiffre de 1/3 donné par M. Budin.

Siège. — En dehors des hémorrhoïdes dont nous ne nous occuperons pas, les varices siégeaient sur 337 cas : 328 fois aux membres inférieurs dont 40 fois au côté droit seulement, 38 fois seulement à gauche et 250 fois aux deux côtés à la fois. Signalons, comme la plupart des auteurs, une localisation légérement plus marquée à droite qu'à gauche contrairement à ce qui se passe hors de la puerpéralité.

Chez 64 femmes la vulve était variqueuse, 9 fois seulement sans varices des membres, et 55 fois avec coexistence des deux sièges d'altérations vasculaires.

Age. — Au premier abord l'apparition des varices semble favorisée par un âge avancé, mais il est facile de voir qu'il n'y a là qu'une apparence et que le facteur principal est la multiparité.

Multiparité. — M. Budin a particuliérement insisté sur l'importance qu'il faut attribuer à la succession des grossesses. Nos chiffres en sont une éloquente démonstration ; 1.600 primipares nous ont donné 160 variqueuses, c'est-à-dire 10 p. 100, tandis que 400 multipares nous donnaient 177 variqueuses, soit 44 p. 100. On remarquera notre proportion de varices chez les multipares : 44 p. 100 à côté de celle du professeur Budin : 44,5 p. 100. Cette parfaite coïncidence n'est pas sans intérêt.

Ulcères variqueux. — De cette complication des varices, les classiques disent peu de chose et s'en réfèrent surtout aux chiffres de Lesguillons. Or ce dernier, sur 47 cas de varices, note 2 ulcères variqueux, soit 1 sur 23,5. Cette fréquence nous avait beaucoup surpris, et les auteurs qui rapportent ces chiffres se croient aussi obligés d'en atténuer la valeur. Notre statistique doit se rapprocher beaucoup plus de la vérité. Sur 337 femmes variqueuses, nous n'avons vu qu'*un seul* ulcére et deux eczémas variqueux.

Comme on le voit, c'est un accident relativement rare au cours de la grossesse.

La multiparité peut jouer un rôle dans son apparition, mais nous croyons qu'il faut surtout y voir un effet d'une prédisposition personnelle.

Ces ulcères ont une véritable importance obstétricale comme causes de complications infectieuses au cours du post-partum, et nous conseillons durant l'accouchement et les suites de couches de les tenir complètement isolés sous un pansement antiseptique humide.

9. — **Glycosurie et grossesse.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 23 mars 1900.

Une femme de 38 ans, ayant eu deux grossesses normales, redevint enceinte une troisième fois sept ans après. Dès le troisième mois les urines contenaient du sucre, qui se maintint au taux de 17 à 23 grammes par litre jusqu'à l'accouchement. La malade urinant de 1 litre et demi à 2 litres par jour éliminait ainsi de 30 à 40 grammes de sucre. A terme, elle accoucha normalement d'une fillette d'un poids au-dessus de la moyenne. Neuf jours après le sucre était tombé à 8 grammes par litre et en moins de 2 mois il avait totalement disparu.

C'est là un fait quelque peu en désaccord avec les idées classiques, le pronostic étant, dans ces cas, depuis les travaux de Verneuil, de Mathews Duncan et de Tarnier, considéré comme assez sombre pour la mère et l'enfant.

En raison de la rapide disparition du sucre, nous nous étions demandé s'il y avait bien diabète ou s'il s'agissait simplement d'une glycosurie transitoire, comme on en voit assez souvent pendant la grossesse. Mais dans ces derniers cas le taux du sucre ne dépasse guère 3 à 4 grammes par jour, et dans notre cas il atteignait 30 à 40.

10. — **Quelques réflexions à propos de quinze observations d'accès éclamptiques.** *Montpellier Médical*, 1903, 35 pages.

Cette étude repose sur une série d'observations recueillies par nous soit à la Clinique de Montpellier, soit dans notre pratique personnelle en ville. Nous y étudions successivement les particularités offertes par ces divers cas au point de vue étiologique, symptomatique, diagnostique et nous examinons enfin la thérapeutique suivie et ses résultats, qui ont été, sur 15 cas, 3 morts de la mère (20 p. 100) et 6 morts d'enfant, soit 40 p. 100. L'étroitesse et la multiplicité des faits envisagés dans cette note ne nous permettent pas d'en faire un résumé, qui pour être compréhensible devrait dépasser le cadre de cet exposé.

11. — **Paralysie faciale par toxémie gravidique sans albuminurie. Éclampsie à 8 mois. Naissance à terme d'un enfant vivant.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 13 février 1903.

La constipation opiniâtre au cours de la grossesse provoque parfois de singuliers accidents, témoin les nombreux cas rapportés par le professeur Budin et ses élèves, et la curieuse observation du professeur Herrgott. C'est un cas de ce genre que concerne cette communication. Ici, la constipation causa une auto-intoxication grave, qui se manifesta d'abord par une paralysie faciale totale avec hémiplégie fugace, puis par une éclampsie légère et enfin par la naissance d'un enfant chétif, malingre et débile quoique à terme.

12. — **Grossesse de 5 mois chez une tuberculeuse ; angine à fausses membranes, sérothérapie antidiphtèrique. Avortement. Mort.** Obs. in Monteux. *La Sérothérapie antidiphtérique*, Th. de Montpellier, 1895.

13. — **Syphilis et grossesse gémellaire.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 10 janvier 1902.

14. — **Grossesse méconnue jusqu'à 7 mois.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 13 décembre 1901.

15. — **Grossesse à terme, méconnue jusqu'à l'expulsion de l'enfant ; putréfaction fœtale.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, avril 1902.

16. — **Un cas de fausse grossesse.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 15 décembre 1899.

Jeune femme de 27 ans, grande et forte, ayant eu un accouchement à terme 9 ans auparavant. Sous une influence inconnue, il y eut suspension des règles et l'on crut à une grossesse. Plus tard survinrent de petites hémorrhagies assez irrégulières et une sage-femme diagnostiqna une grossesse de près de 4 mois avec menace d'avortement. Un mois aprés un gynécologue russe reconnut une grossesse. de 5 mois et entendit les battements du cœur fœtal. Enfin, plus tard, un spécialiste non seulement confirma ce diagnostic, mais encore perçut nettement une présentation céphalique. La malade, d'ailleurs, sentait, alors, très bien les mouvements fœtaux. Vers huit mois de grossesse elle se mit sons la surveillanoe quotidienne d'une sage-femme qui, ayant diagnostiqué un placenta prœvia, la tenait au lit. A terme quelques douleurs firent croire à un début de travail, mais tout s'arrêta.

Mandé le lendemain, nous reconnûmes une fausse grossesse et une métrite hémorrhagique, que guérit peu après un curettage.

A notre avis, l'intérêt de cette observation résidait surtout en ce que :

1° Cette fausse grossesse est apparue chez une femme ayant déjà acconché d'un enfant à terme et qui, par conséquent, devait connaître les mouvements d'un fœtus dans l'utérus ; les fausses grossesses étant généralement constatées chez des nullipares.

2° Il s'agissait ici presque autant d'une grossesse adipeuse que d'une grossesse nerveuse.

3° Les erreurs multiples de diagnostic faites dans ce cas montrent une fois de plus combien l'idée préconçue est funeste en

médecine et, en particulier, combien l'on doit s'en défier quand il s'agit d'un diagnostic de grossesse.

17. — **Placenta double recueilli à l'accouchement d'une grossesse simple.** *Société des Sciences Médicales de Montpellier*, 27 avril 1900 et 22 mars 1901.

18. — **De l'évolution de la puerpéralité dans l'utérus didelphe.** *L'Obstétrique*, 1904.

Cette étude est basée sur 46 observations, qui représentent à peu près la totalité des cas publiés jusqu'à ce jour. Nous n'y avons envisagé que la marche de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches dans l'utérus didelphe, renvoyant au travail très consciencieux de notre élève Bousquet pour ce qui concerne la symptomatologie, le diagnostic et la conduite à tenir.

Après une rapide description de l'utérus didelphe et un court historique de la question, nous commençons par un examen de la fécondité de ces formes utérines.

I. Fécondation. — 1° La *fréquence des grossesses* est assez grande puisqu'on en rencontre à peu près dans les 2/3 des cas. Les causes habituelles de stérilité sont constituées soit par l'infantilisme des utérus, soit par quelque autre malformation telle qu'une atrésie extrême des voies génitales inférieures.

2° Parmi les *variétés de grossesse* nous distinguons celles que nous qualifions d'uni-utérines parce qu'elles siègent dans un seul des deux utérus et celles que nous appelons bi-utérines parce que les deux organes sont simultanément gravides.

II. Grossesses simples. — *a*) *Grossesse*. — 1° *L'utérus gravide* subit des modifications, parmi lesquelles nous signalons l'inclinaison latérale en dehors et en avant ainsi qu'une rotation sur son axe amenant son bord externe en avant. Ces déplacements se font sous l'influence des tractions de son unique ligament large et de son unique ligament rond.

2° *L'utérus inhabité* s'hypertrophie, fait une caduque et par

suite du relâchement de ses ligaments se couche à côté de l'utérus gravide. La menstruation cesse dans presque tous les cas. Théoriquement il peut devenir gravide après l'autre ; les preuves cliniques de ce mode de superfétation ne sont pas absolument concluantes.

3° *Les présentations fœtales* sont toujours longitudinales. Très souvent il s'agit d'un sommet, mais les présentations du siège sont moins rares que dans l'utérus normal, on en trouve 1 sur 9,5.

4° Parmi *les complications de la grossesse* nous notons l'éclampsie 1/36, ainsi que l'hématocolpos et l'hématomètre du côté opposé.

5° *Les interruptions de la gestation* ne paraissent pas plus fréquentes et dans les grossesses uni-utérines simples le didelphisme ne semble avoir aucune influence en ce sens.

b) *Accouchement*. — 1° *La marche du travail* est généralement normale.

2° *Les complications* tiennent à des causes maternelles ou fœtales.

Du côté de la mère : l'utérus parturient agit par l'insuffisance de ses contractions, par la rigidité de son col, par son obliquité. L'utérus inhabité agit par l'augmentation de son volume, par sa rétroversion dans la concavité sacrée. Le canal utéro-vaginal peut gêner aussi par l'atrésie et le cloisonnement du vagin, par une collection latéro-vaginale et par une imperforation de l'extrémité inférieure du vagin.

Du côté du fœtus : les obstacles proviennent soit d'une déflexion partielle de la tête, soit de la présentation du siège surtout dans sa variété décomplétée, mode des fesses.

3° *La délivrance* est en général normale, on n'a jamais noté d'insertion vicieuse du placenta.

4° Au cours de l'accouchement, *l'utérus inhabité* est le siège de contractions et d'une ouverture du col comme dana le faux travail des grossesses ectopiques.

5° *Les suites de couches* n'offrent rien de spécial du côté de

l'utérus accouché. L'autre organe expulae du 3e au 5e jour aa caduque. En caa d'infection lea deux cavitéa peuvent être atteintea.

III. Grossesses doubles bi-utérines. — 1° *Grossesse.* — Les deux organes s'élèvent et subissent avec exagération les inclinaisons déjà indiquées dans lea groasessea simples. Les présentations sont longitudinales. Maia ici, contrairement aux groaaeses simples, l'interruption de la grossesse est la règle. Sur 8 fœtua, 5 ont été expulaéa par avortement, 2 par accouchement prématuré, 1 seul a joui de tout aon temps de vie intra-utérine.

2° *Accouchement.* — Au coura du travail les deux ntérus se contractent plus ou moina indépendamment. Tous deux présentent des modifications du col. Aprés accouchement prématuré ou avortement de l'un deux, l'autre peut subir une rétrocession du travail et la grosaesse continue.

3° *La délivrance* et les suites de couches n'offrent rien de remarquable.

IV. Enfant. — Nous avons remarqué une assez grande mortalité fœtale et qnelques rarea malformations. En général, l'enfant eat normal.

V. Obaervations. — A la suite de ce travail nous avons résumé noa 46 observations dans ce qu'elles ont d'eaaentiel. Ellea conatituent ainai la preuve de tous les faits avancés.

C. — DYSTOCIE

19. — **Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Influence de la rupture prématurée des membranes.** *Soc. d'Obstétrique de Paris*, 19 mars 1903.

Chez une albuminurique, la grossesse fut interrompue au huitième mois par une hémorrhagie rétro-placentaire sans écoulement extérieur. Quelques heures après le début des accidents, la poche des eaux se rompit; aussitôt apparurent de nouveaux symptômes alarmants témoignant d'une violente reprise de l'hémorrhagie.

Cette observation montre nettement les dangers de la rupture des membranes dans les hémorrhagies internes par décollement du placenta normalement inséré, lorsque l'accouchement ne peut être immédiatement terminé. En la rapprochant des documents et des statistiques réunis par Rousseau-Dumarcet et par Mlle de Forin, nous avons cru pouvoir déduire une ligne de conduite qu'il nous paraît logique de suivre dans les accidents de ce genre.

I. — Dans les cas d'hémorrhagie retro-placentaire où *la dilatation est complète*, tout le monde est d'accord, c'est l'évacuation rapide de l'utérus qui s'impose; c'est l'extraction immédiate du fœtus et du placenta qu'il faut opérer.

II. — Mais si *une dilatation incomplète* ne permet pas l'extraction immédiate, deux cas sont à considérer : tantôt l'hémorrhagie est interne sans écoulement apparent au col ; tantôt elle est mixte et l'écoulement extra-utérin a pris un caractère inquiétant.

1° Dans le premier groupe de faits, *hémorrhagie interne*, on a dit que, frappé d'atonie, l'utérus se laissait infiniment distendre par l'épanchement qui devenait mortel sans paraître au dehors. Cette atonie est absolument exceptionnelle et généralement, au contraire, il existe du tétanisme de l'organe. L'intégrité de l'œuf.

en pareil cas, constitue un auto-tamponnement intra-utérin qui ralentit l'hémorrhagie.

Rompre les membranes, faire écouler le liquide emniotique et compter sur la rétraction consécutive pour fermer les vaisseaux saignants paraît peu admissible. Que peut-on espérer d'un utérua qui contient encore fœtus et placenta ? Quelle rétraction suivra l'issue du liquide, 500 centimétres cubes, quand il en reste encore 5.000 dans l'utérus ? Le seul résultat obtenu par écoulement du liquide sera une diminution de la tension intra-utérine et par conséquent un rappel très probable de l'hémorrbagie.

Dans ces pertes internes, il faut donc respecter la poche des eaux, dilater l'orifice utérin le plus rapidement possible et à la dilatation complète terminer immédiatement l'accouchement. En cas d'urgence extrême, il faudrait renoncer à une dilatation trop lente et savoir recourir à l'opération césarienne.

2° Avec une *hémorrhagie mixte*, le sang fuit entre l'utérus et l'œuf; celui-ci ne joue plus qu'imparfaitement son rôle d'auto-tampon; c'est elors que, parfois, on peut tirer avantage de la rupture de la poche des eaux. Dans les préaentations du sommet, on fait ainsi descendre la tête en contact intime avec le col qu'elle obture et l'hémorrhagie mixte est transformée en bémorrhegie interne. Cette trensformetion peut ralentir l'éeoulement et donner le temps d'obtenir une dilatetion complète.

Comme dans le premier cas, s'il y avait trop grende urgence, c'est encore à la cesarienne qu'il faudreit avoir recours.

20. — **Présentation d'un placenta à insertion normale décollé prématurément par une hémorrhagie inter-utéro-placentaire. Rigidité fœtale.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 1903.

La geatante avait quelque temps avaut présenté un ictére et gardait depuis lors une teinte olivàtre légère qui disperut après l'eccouchement. L'enfant, né en état de rigidité cadavérique, fut pour cette raison une cause de retard dans l'expulsion. Cette rigi-

dité n'cet pas exceptionnelle dans le décollement prématuré du placenta ; M. Budin l'a fait remarquer et l'on en trouve d'aasez nombreux exemplea dans les travaux parus depuis et en particulier dans ceux de Bruno Wolf (*Arch. f. Gyn.*, 1903) et de Mlle de Forin.

21. — **Kyate de l'ovaire et grosaease.** *Société d'Obstétrique de Paris*, 19 juin 1903.

Chez une jeune femme de 16 ans, la terminaison naturelle de l'accouchement était rendue impossible par un kyste dermoïde assez volumineux inclus dans le petit baesin. Après ponction avec un trocart chauffé, la patiente mit spontanément au monde un enfant vivant de volume normal.

Deux ans après, nouvelle grossesse, mais le kyste ayant grosai et s'étant élevé dans l'abdomen, il en résulta des troublea multiplee aseez graves durant la groesesse. L'accouchement au contraire fut très simple, la tumeur ayant glissé dans une fosse iliaque et laieaant la voie libre à la tête fœtale.

Cette observation vient à l'appui de l'opinion admise que lee kystes dermoïdes eont plus fréquemment dyetociques que les kystes séreux. Elle prouve la valeur de la ponction comme moyen de terminer l'accouchement, mais son insuffisance à prévenir lee récidives. Elle montre bien enfin qu'aux petits kyetes pelviene appartient le rôle dystocique, tandis que les grands kystes à évolution abdominale, s'ils déterminent de la gêne au cours de la grossesse, sont aouvent sans influence sur la marche de l'accouchement.

22. — **Accouchement compliqué d'atrésie cicatricielle du col et de rétrécissement du baasin; baaiotripaie.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 24 juin 1898. *In extenso* dans : *Quelques réflexions au sujet de trois observations de rétrécissement pelvien.* Docteur Vallois, in *L'Obstétrique*, 15 mare 1899 et *le Nouveau Montpellier médical*, 1899, t. VIII, p. 556.

Il s'agit d'une quartipare rachitique dont lea trois premiers

accouchements s'étaient terminés par deux expulsione spontsnées d'enfants morts et une basiotripsie.

Au début du travsil on reconnut une oblitérstion complète du col qu'il fallut ponctionner et dilater. Malgré plusieurs applications de forcsps, notre Maître, le professeur Grynfeltt, ne put terminer l'accouchement dans de bonnes conditions. L'état du col empêchait une version qui sans cela aurait pu donner un succès. La femme, d'autre part, refusait toute intervention sur elle-même; force fut donc, à contre-cœur, de terminer par une basiotripsie.

Nouvel exemple d'oblitérstion complète du col utérin pendant la grossesse, cette observation montre bien les difficultés que peuvent faire naître d'snciennes cicatrices cervicales, et sussi les tristes nécessités où peut être mené l'accoucheur par la volonté de certsines parturientes.

23. — **Remarques sur lss cautérisations intra-utérines à propos de trois obssrvations de rigidité cicatricielle du col utérin.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 8 mai 1903.

Dans le premier cas, la rigidité était tslle que le travail durait depuis 11 jours quand nous fûmes sppelé et qu'il fallut pour terminer fsire une dilatation artificielle extrémement pénible et une décollation du fœtus.

Dsns les deux autres, la dystocie fut plus légère, mais on y retrouve un csrtains nombrs d'effets communs : c'est d'abord la rupturs prémsturés des membranes, c'est ensuite l'épuisement de l'utérus sur l'obstacls cervical et son inertie consécutive, c'est enfin l'infection de l'œuf, la mort d'un enfant et l'intervention indispsnsabls.

La causs ds cette rigidité paraît bien être le traitement intra-utérin subi dsns chaque cas, et en particulier les cautérisations dont le col eupporte le principsl effet. Est-ce à dirs qus le traitement des métrites par les cautérisations légéres intra-utérines soit défectueux st coupable de fâcheuses conséquences obstétricales?

Nous ne le pensons pas car il donne en général les mailleurs résultats; mais on peut se demander si la cause des accidents que nous avons relevés ne tient pas chez nos malades à ce que les cautérisations ont été faites non sur des utérus gynécologiques mais sur des utérus obstétricaux. Là est peut-être la raison pour laquelle les cautérisations ont eu plus d'action que d'habitude et ont déterminé la formation d'un tissu cicatriciel plus abondant, cause de la dystocie ultérieure.

Nous terminons ces remarques par quelques considérations sur la nécessité d'une intervention obstétricale précoce et quelquefois sérieuse dans les cas de ce genre.

24. — **Etude statistique des cas de procidence du cordon ombilical de la Clinique obstétricale de Montpellier.** (En collaboration avec M. Th. Guiraudén.) *Nouv. Montpellier médical*, t. XIV, 1902, 38 pages.

C'est là une étude résumée des diverses circonstances étiologiques qui ont permis la production de cette grave complication de l'accouchement; c'est aussi un rapide examen des moyens thérapeutiques employés et des résultats obtenus.

Nous rappelons au début les définitions que Tarnier et M. Pinard donnent de la procidence du cordon et nous distinguons aussitôt la procidence franche des latérocidences de M. Budin.

Fréquence. — Sur 2.500 accouchements, nous comptons 22 cas de procidence, soit 1/114, et à ce propos nous rappelons les chiffres donnés par les auteurs de 22 statistiques différentes qui varient depuis 1/25 jusqu'à 1/1897, et dont celui qui se rapproche le plus du nôtre est dû à Nægele pour qui les procidences du cordon se voient 1 fois sur 120 accouchements.

Variétés. — Toutes nos procidences ont été reconnues en cours du travail; 3 fois elles existaient tout au début et peut-être même pendant la grossesse; 5 fois elles furent constatées avant la rupture de la poche des eaux. Deux fois seulement il y eut latérocidence évidente.

Etiologie. — Parmi les causes prédisposantes il en est qui tenaient à l'organisme maternel, au fœtus ou aux annexes.

Au nombre des causes maternelles nous comptons 15 fois sur 22 la multiparité et 6 fois un rétrécissement pelvien.

Parmi les causes fœtales, citons 12 fois des présentations vicieuses, 12 fois le faible volume de l'enfant, 3 fois la procidence d'un membre et 4 fois une grossesse gémellaire. Dans ces derniers cas le cordon procident appartenait toujours au fœtus en voie d'expulsion et jamais à l'autre, comme dans l'observation publiée par le professeur Herrgott.

Du côté des causes annexielles, 5 fois il y avait placenta prævia, 1 fois un circulaire de la cuisse dans une présentation du siège, 1 fois insertion très basse du cordon et 1 fois aussi hydramnios.

Parmi les causes déterminantes : la rupture de la poche des eaux pendant une contraction (12 fois), l'expulsion brusque du ballon de Champetier (1 fois) déterminent la procidence par un mécanisme rapide en emportant les anses funiculaires dans un flot de liquide. Au contraire, l'expression de l'œuf de Duncan la produit lentement et tend plutôt à faire des latérocidences.

La conduite tenue ne saurait être résumée ici, car elle varie à peu près chaque fois, selon les circonstances et les causes de dystocie.

Résultats. — Les présentations du sommet ont donné 4 enfants morts et 6 vivants ; les présentations du siège, 3 morts et 7 vivants; les présentations de l'épaule, 1 mort et 1 vivant. En somme sur 22 cas, 14 enfants ont survécu et 8 ont succombé, soit 36 p. 100 de mortalité. A ce propos nous rappelons les chiffres de mortalité infantile donnés par 14 auteurs et qui varient entre 100 p. 100 et 25 p. 100.

Notre mortalité n'est pas excessive et l'on doit en outre remarquer que la procidence n'est pas toujours cause de la mort, qui est souvent due à la dystocie, origine commune de la procidence et du décès de l'enfant.

25. — **Hydrocéphalie, hydramnios, hydrorrhée déciduale, présentation du siége, perforation de la tête dernière.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 6 décembre 1901.

Dans ce cas, l'hydramnios fut une importanta causa de gêne continualla au cours des examens ou des manœuvres. Pluaieurs fois ramenée au détroit supérieur par des versions externes, la têta remonta chaqua fois au fond de l'utérus, et le diagnostic d'hydrocéphalie, pressanti pendant la grossasse, ne fut porté qu'au cours du travail. Faute d'una aonde an gomme on dut alors perforer la têta dernière. Son volume constitue l'un dea points curieux de cette observation. Tandis que dans la majorité des cas de ce genre, d'après les recherches de Sergent, le grand diamètra céphalique ne dépasae pas 20 centimètres, il atteignait, ici, 26 centimétres, c'ast-à-dire 1 centimètre de moins seulemant que dans le cas bien connu da Wrisberg.

26. — **Volumineuse hydrocéphalie ; accouchement spontané, à terme ; enfant mort.** (En collaboration avec le docteur Paul Moitessier.) *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 19 décembre 1902.

La tête da ca fœtus mesurait 16 centimètrea de diamètre bipariétal, 18 de diamétre occipito-frontal at 23 de sus-occipito-mentonnier. Sa circonférence sous-occipito-bregmatique masurait 44 centimètras. L'accouchement so fit en présantation du sommet; il y eut ruptura da la fontanella lamdoïda, grâce à laquelle una bonne part du liquide fusa aous la cuir chevelu constituant una énorme tumeur fluctuante qui trompa la sage-femme et fut cause de curieuses hésitations dans la diagnostic.

27. — **Accouchement d'un fœtus dérodyme.** (En collaboration avec le docteur Gagnière). *Société d'Obstétrique de Paris*, décembre 1903.

Nous ralatons ici l'obsarvation d'un accouchemament dyatociquo



Fig. 1. — Fœtus dérodyme.



Fig. 2. — Radiographie du fœtus dérodyme.

d'une variété peu commune. L'enfant représenté ci-contre n'était pas de petit volume, comme il arrive généralement dans les cas de ce genre ; il était au contraire à terme et pesait 4.960 grammes. Nous avons observé dans ses détails le mécanisme de cet accouchement, que l'on peut résumer de la façon suivante : une première tête s'engage, puis est extraite par une application de forceps ; la seconde tête est alors artificiellement repliée sur la poitrine commune et ce bloc descend dans le bassin, de telle sorte que son diamètre majeur *dorso-pariétal* se trouve dans le diamètre transversal du bassin. Il fait ensuite sa rotation et se dégage la tête sous la symphyse et le dos en arrière. Ce mécanisme, que nous avons artificiellement produit, pourrait être pris comme type pour les accouchements de cette variété de monstres Dicéphales, ainsi que l'admettent Veit et Kustner.

Cette communication comprend aussi quelques considérations tératologiques sur ce fœtus, tirées de sa radiographie. Son squelette le rapproche, en effet, quelque peu des Xyphodymes par la présence d'un volumineux membre intercervical, constitué par deux membres supérieurs bien développés, mais adhérents par leurs parties molles. Il doit cependant être classé parmi les Dérodymes, d'après l'état de son thorax, dont la paroi postérieure paraît bien formée des deux rachis à peu près parallèles, réunis l'un à l'autre par de courts traits d'union costaux.

28. — **Rupture utérine suivie de guérison.** (En collaboration avec M. le docteur P. Puech). *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 1898.

Il s'agissait d'une jeune femme de 35 ans, chez laquelle avait été faite en ville une délivrance artificielle. La malade fut apportée à la clinique pour hémorragie grave. Nous reconnûmes alors une large rupture de tout le côté droit du segment inférieur et de la partie supérieure du vagin. Cette ouverture donnait accès dans une vaste cavité sous-péritonéale, qui s'étendait à toute la fosse iliaque et à la région lombaire du côté droit. Cette cavité avait été

hersée par la main de l'opérateur et était remplie de caillots et de débris.

On fit immédiatement la toilette de l'utérus, qui contenait des débris placentaires assez volumineux, puis un grand lavage intra-utérin et dans la cavité sous-péritonéale et enfin un tamponnement de ces deux cavités à la gaze iodoformée. Le tampon fut ôté le 3ᵉ jour et dès lors on fit plusieurs fois par jour des lavages vaginaux et tous les deux jours une grande irrigation des cavités utérine et sous-péritonéale. La malade guérit rapidement.

Cette observation est à rapprocher de celle que M. Bar communiqua l'année suivante à la Société d'obstétrique de Paris et de celles que présentèrent MM. Budin et Brindeau.

Pour nous, son intérêt résidait surtout dans l'étendue des délabrements et leur bénignité relative, et dans cette guérison, en somme rapide, après un traitement rationnel, mais extrêmement simple.

D. — OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

29. — **Des difficultés que l'on psut rsncontrer au cours de la version podalique par manœuvres internsa.** *Thèse de Montpellier*, 1897, 288 psges.

Les conditions classiques dsns lesquelles peut être entreprise la version interne, ne sont pss toujours réslisées quand se pose son indicstion. Les conditions inverses sont alors psrfois créées psr des obstacles insurmontsbles : ce sont dsns ce cas dss contre-indications absolues ds toute tentative. Si, au contraire, ils peuvent céder à une intervention convensble, ce ne sont plus que des difficultés au conrs de ls msnœuvre.

Nous comprenons sinsi sous le nom de difficultés de la version interne tont contretemps ou obstacle frsnchisssble qui peut en compliquer l'exécution.

Dans cette étude, fsite sous l'inspiration de notre excellent Msitrs le professeur Grynfeltt, nous avons éliminé de notre cadre trois ordres de difficultés : celles qui sont dues aux pelviviciations, sux malformstions fœtales st à la gémellité.

Pour mieux éclairer notre sujet, nous avons pensé qu'nne systématisation nstte et franche de chaque chapitre pourrait être avsntageuse. Aussi svons-nous multiplié les divisions et lss subdivisions, préférant pécher par excès de distinctions et de psragraphes que psr le vsgus et le diffus d'une longue étuds trop compscte.

Notre étude est sinsi divisée en cinq partiss : la première, consacrée au premier temps ds la version, comprend les difficultés auxquellss se hsurte l'introdnction de la msin et qui gênent la recherche et ls ssisie des pisds. La seconde, relstivs au second temps, comprend csllles qui s'oppossnt à l'évolution du fœtus. La

troisième pour le troisième temps étudie les difficultés de l'extraction. Dans la quatrième sont rassemblées une série d'observations typiques. Enfin, dans la cinquième sont formulées nos conclusions, suivies d'un important index bibliographique.

1. Difficultés du premier temps. — A. — Parmi les *obstacles maternels*, nous envisageons d'abord l'indocilité de la parturiente, les convulsions éclamptiques, hystériques, épileptiques, les syncopes et, d'une façon générale, tout diagnostic imparfait. A un point de vue plus local, nous étudions successivement : au niveau de la vulve et du vagin l'étroitesse, l'œdème, les malformations congénitales, les déformations cicatricielles, le vaginisme, les tumeurs; au niveau du col l'insuffisance de la dilatation par suite d'une intervention trop hâtive ou d'une rigidité, les déviations de l'orifice utérin, enfin les tumeurs cervicales; au niveau du corps de la matrice, nous insistons sur la contracture et la rétraction utérines, dont nous tâchons d'indiquer les causes, le mécanisme et les conséquences, suivant qu'elles sont généralisées à tout l'organe ou localisées en quelqu'une de ses parties et tout spécialement au niveau de l'anneau de Bandl. Ce sont là des sources de difficultés extrêmement graves et, après avoir bien montré leurs dangers et essayé d'en indiquer la thérapeutique, nous passons à celles que déterminent les malformations, les déviations utérines, l'excès de mobilité de l'utérus et ses tumeurs.

B. — Les *obstacles annexiels* sont dus à la présence d'un placenta prœvis, à un excès ou à une absence de liquide amniotique, aux dangers d'une procidence du cordon ou à la gêne qu'apportent des entortillements du cordon au-devant de la main.

C. — Au nombre des *obstacles fœtaux*, nous rangeons l'engagement plus ou moins profond de la présentation, la présence dans le vagin d'un ou de plusieurs membres, la mobilité excessive de l'enfant et l'antéposition des pieds.

D. — Dans un dernier chapitre nous examinons le cas où, la saisie des pieds étant impossible, nous possédons divers moyens de terminer l'opération par une prise sur un genou, sur une aine ou sur le siège de l'enfant.

II. Difficultés du deuxième temps. — Nous distinguons ici des causes fœtales et des causes utérines et péri-utérines.

A.— *Causes fœtales.*— 1° *Glissement du pied.* — Le membre inférieur saisi est souvent couvert d'enduit sébacé et, dès les premières tractions, glisse dans la main de l'opérateur. C'est là quelquefois une difficulté sérienee contre laquelle on a proposé de multiples moyens. Pajot conseillait de se rouler la main dans les cendres avant de la réintroduire dans l'utérus. Nous doutons de la valeur du procédé et sommes quelque peu inquiet de la valeur aseptique d'une main ainsi saupoudrée. Mieux vaudrait alors employer des poudres antiseptiques, acide borique, iodoforme, salol, ou simplement aseptiques, craie, talc, oxyde de bismuth stérilisés. On a aussi conseillé de porter un lacs sur le membre saisi, mais la manœuvre est fréquemment impossible si ce membre est élevé. C'est alors qu'on a inventé des forceps podaliques, sortes de pinces dont les mors forment un collier destiné à tenir le cou-de-pied de l'enfant. Le professeur Grynfeltt s'est d'ailleurs servi à cet usage de la pince de Farabeuf pour les luxations du pouce et lui doit un succès. Mais ces instruments peuvent léser les parties fœtales et, reproche plus grave, on ne les a jamais quand on en a besoin. C'est dans une circonstance de ce genre que notre maître imagina le procédé suivant qui lui réussit pleinement.

Procédé du gant de Grynfeltt. — Un gant de fil, de coton ou de laine, propre et soigneusement aseptisé par bouillissage, est chaussé sur la main de l'opérateur, puis vaseliné sur la seule face dorsale. La main est alors introduite et saisit le pied qui ne peut glisser. le gant interposé jouant le rôle d'une compresse. C'est là un excellent moyen facile à improviser et qui, depuis que nous l'avons fait connaître, est devenu classique; il est d'ailleurs cité par M. Maygrier dans l'important traité de MM. Tarnier et Budin.

2° *Engagement simultané de la tête et des pieds.*— Contre cette complication nous conseillons tantôt l'abaissement du second pied, comme le veut Mme Lachapelle, tantôt la double manœuvre de Justine Sigmundin, tirer le pied en repoussant la tête. Mais nous déconseillons absolument tous les instruments rétropulseurs.

B. — *Causes utérines et péri-utérines.* — C'est ici qu'interviennent au plus haut degré la contracture et la rétraction utérines.

Nous considérons d'abord le cas où l'organe entier est rétracté sur le fœtus qu'il moule étroitement; sa mobilisation devient extrêmement difficile et risque une rupture utérine suivant plusieurs mécanismes que nous expliquons.

Toute différente est la genèse des difficultés qu'engendre la contracture localisée à l'anneau de Bandl.

« Dans ces cas, deux phénomènes différents peuvent se produire. Si le fœtus est situé tout entier au-dessus de l'anneau contracturé, c'est-à-dire dans la grande cavité utérine, c'est seulement pour l'introduction de la main et pour l'extraction du fœtus surtout qu'il y aura des difficultés; l'évolution se fera probablement assez normalement. »

« Quand, au contraire, l'anneau de Bandl, rétracté ou mieux contracturé, donne à l'utérus une forme en sahlier et saisit le fœtus, de telle sorte qu'une partie du corps soit au-dessus, l'autre au-dessous de la stricture, les difficultés dans l'évolution deviennent énormes. »

Nous étudions alors les conséquences de ce fait dans les présentations du sommet, de la face, de l'épaule et nous indiquons pour arriver à bout de ces difficultés les procédés peu efficaces de Deutsch et de Deleurye.

C'est postérieurement à notre thèse que parut sur ce sujet l'important travail de Chéron où est exposée en détail la manœuvre conseillée par M. Budin, qui paraît, à vrai dire, autrement rationnelle que celles ci-dessus citées et qui semble en pratique avoir donné d'excellents résultats dans des cas de ce genre.

Parmi les causes utérines ou péri-utérines de difficultés au cours de la version, nous décrivons encore certaines malformations utérines et diverses tumeurs intra-pelviennes.

III. Difficultés du troisième temps. — A. — Dans un premier chapitre, nous étudions les difficultés que la *brièveté du cordon* peut causer à un moment quelconque de l'extraction du fœtus; nous examinons ainsi la brièveté absolue et la brièveté relative

produite par des circulaires, par des nœuds ou par la position du fœtus à cheval sur son cordon.

B. — Au cours de *l'extraction du siège*, la saisie du mauvais pied, pied postérieur, peut causer une gêne sérieuse par l'arrêt de la hanche antérieure au-dessus des pubis. Il faut alors aller à la recherche du second pied et l'abaisser, ce qui n'est ni toujours

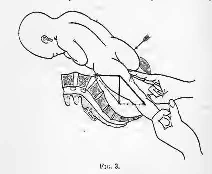


Fig. 3.

facile, ni sans inconvénient. On peut aussi transformer le pied postérieur en antérieur en lui imprimant un mouvement de rotation sur son axe qui se transmet au corps du fœtus. Ce procédé est parfois inapplicable quand l'utérus enserre étroitement le fœtus, et si l'on insiste il peut devenir dangereux en produisant des décollements épiphysaires. Il faut alors faire l'extraction avec le pied postérieur, mais en tirant très en arrière de façon que la jambe ne soit plus appliquée contre la symphyse. Pour exécuter cette manœuvre, il faut littéralement scier le périnée avec la jambe tant on doit tirer en arrière pour rejeter dans la concavité sacrée le bassin du fœtus. Nous croyons qu'on peut atteindre le même but sans scier autant le périnée, si pendant qu'une main tire sur le pied, l'autre repousse le bassin du fœtus en arrière.

Il y a là une *double action*, et la résultante des deux forces est dirigée en arrière plus ou moins dans l'axe du détroit supérieur, comme l'indique la figure ci-contre.

Voici comment nous conseillons de procéder :

Une main saisit le pied postérieur descendu et tire en arrière ; deux doigts de l'autre main (index et médius), étendus, sont glissés sous la symphyse, pénètrent dans le bassin, vont à la recherche de l'anus du fœtus et appuient fortement leur extrémité sur la face interne de l'ischion postérieur. Je dis de l'ischion et non du fémur, parce qu'on risquerait de fracturer celui-ci par un mouvement de levier, alors qu'il ne risque rien si l'on appuie sur l'ischion, ainsi que nous nous en sommes assuré sur un enfant mort-né. Tandis que la main qui tire agit sur le pied de haut en bas et en avant, la main qui pousse agit sur le bassin fœtal dans le sens antéro-postérieur. La résultante de ces deux actions, donnée par le parallélogramme des deux forces déployées, est toujours une ligne plus ou moins dirigée en bas et en arrière, qui dégage par conséquent la fesse antérieure de la symphyse et l'entraîne dans l'excavation.

Il est utile d'aider à cette manœuvre en priant quelqu'un d'appuyer avec la paume de la main sur la paroi abdominale au-dessus du pubis, pour refouler en arrière la hanche antérieure du fœtus.

Ce moyen a été jugé tres rationnel par M. Maygrier, qui nous a fait l'honneur de le citer dans son remarquable article du traité de MM. Tarnier et Budin.

Au cours de cette extraction du siège, la contracture de l'anneau de Bandl et du col utérin, les obstacles cervicaux, vaginaux et vulvaires peuvent ausai causer de sérieuses difficultés.

C. — A propos de *l'extraction des épaules*, nous décrivons longuement les difficultés dues au relèvement des bras. Nous en indiquons lea causes, les variétés, les inconvénients, le traitement prophylactique et curatif.

D. — Pour la *tête dernière*, nous étudions la gêne apportée à l'extraction par les diverses variétés de contracture utérine, et en particulier par l'anneau de Bandl, par les tumeurs utérines ou

péri-utérines, par la résistance vulvo-périnéale; nous décrivons les manœuvres qui permettent d'extraire la tête dans les meilleures conditions et nous insistons sur l'emploi du forceps suivant les règles jadis formulées par le professeur Grynfeltt, notre Maître. Enfin, dans un dernier chapitre, nous étudions tout spécialement les anomalies de mécanisme dans l'extraction de la tête dernière et les moyens d'y remédier.

30. — **De la dilatation manuelle du col utérin.** *Nouveau Montpellier médical*, t. XVI, 19 et 26 avril 1903, 26 pages.
Revue générale.

31. — **Siège profondément engagé, mode des fesses. Echec de deux essais de la manœuvre de Pinard. Extraction par l'accrochement bi-digital de M. Puech.** Obs. in Vailhé : *Quelques remarques sur l'extraction du fœtus en présentation du siège décomplété, mode des fesses.* Th. de Montpellier, 1898.

32. — **Présentation d'une nouvelle sonde intra-utérine.** *Soc des Sciences médicales de Montpellier*, 11 mai 1900; *Nouv. Montpellier médical*, 3 juin 1900, 3 p. et 1 fig.

E. — SUITES DE COUCHES

33. — **Infection puerpérale gonococcique.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 1903.

Dans cette observation, vers la fin d'une grossesse normale se fait une infection blennorrhagique qui présente tous les caractères cliniques de la gonococcie. Après un accouchement normal et aussi aseptique que possible, l'enfant réalise une ophthalmie purulente à gonocoques. Enfin, dans les suites de couches surviennent : 1° des accidents pulmonaires attribués d'abord à une pleurésie, mais qui devaient marquer de petites embolies ; 2° une phlegmatia alba dolens ; 3° un pseudo-rhumatisme de l'épaule droite.

Tous ces accidents nous paraissent relever de l'infection gonococcique survenue dans les derniers temps de la grossesse. Ils présentent, en effet, une allure assez spéciale. Et d'abord, dans les 14 premiers jours des suites de couches, si les lochies prirent un louche spécial, il n'y eut pas à proprement parler d'élévation thermique. S'il y eut infection elle fut insidieuse et sans fièvre. Plus tard, ce rhumatisme scapulo-huméral paraît bien mériter par son évolution la qualification de gonococcique. La phlébite nous semble aussi relever de la même infection ; cette manifestation n'est pas chose inconnue au cours des suites de couches, et Fruhinabolz la cite en quelques mots parmi les complications de la puerpéralité liées à la blennorrhagie.

Les faits de ce genre démontrent évidemment la nécessité d'une soigneuse antisepsie obstétricale chez les femme atteintes de gonococcie. Elle doit être déjà quotidienne pendant la grossesse, elle doit devenir très sévère pendant l'accouchement et le post-partum.

34. — **A propos de deux cas d'hémorrhagie tardive du post-partum par rétention d'un cotylédon et par fibrome sous-muqueux.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 30 janvier 1903.

Dans ces deux observations, c'est plus de quatre semaines après l'accouchement que se produisit une dernière hémorrhagie, assez importante pour nécessiter une intervention. Dans le premier cas elle était due à la rétention d'un cotylédon placentaire ; dans le second à un fibrome pédiculé sous-muqueux du volume d'une petite orange. Il est intéressant de remarquer que ce dernier avait coexisté avec une grossesse gémellaire.

Ces deux observations tendent à démontrer la nécessité absolue du toucher intra-utérin dans tous les cas d'hémorrhagie du post-partum, même tardive, et les avantages du curage digital seul ou associé, sur toutes les autres méthodes, dans la thérapeutique de ces accidents.

35. — **Rétrécissement du vagin d'origine inflammatoire.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 25 mai 1900.

Cette observation nous montre une curieuse conséquence de 'infection puerpérale. Une femme, quelques jours après son accouchement, fut amenée à la Clinique en pleine infection. Elle présentait un écoulement lochial trés fétide contenant de petits débris membraneux. Le col utérin et le tiers superieur du vagin étaient tapissés par une épaisse fausse membrane grisâtre, que l'examen bactériologique démontra l'œuvre de quelques streptocoques et de très nombreux coli-bacilles. La malade guérit assez rapidement, mais un an aprés, elle revint dans le service. Toute la région jadis tapissée par les pseudo-membranes s'était atrésiée au point qu'elle constituait un canal filiforme dans lequel l'hystéromètre ne passa qu'à grand peine. Il en était résulté une dysménorrhée mécanique.

L'intérêt de ce cas nous a paru résider dans le degré de l'atrésie et surtout dans sa cause infectieuse post-partum.

F. — ALLAITEMENT. NOUVEAU-NÉ

36. — **Les consultations de nourrissons.** *Presse médicale*, 13 janvier 1904.

Cet article sans prétention n'est qu'un écrit de pure propagande en faveur du grand mouvement actuel de puériculture intensive qui s'étend tous les jours en France et à l'étranger.

Nous avons cherché à mettre en relief la nécessité de cette puériculture et les avantages des « Consultations de nourrissons », qui, poussant à l'allaitement maternel, permettant l'instruction des mères et la surveillance des enfants, sont un de nos plus puissants moyens d'action contre la mortalité infantile.

Nous adressant surtout aux praticiens des campagnes ou des villes éloignées, nous avons voulu leur montrer ce qu'est une consultation type, comment elle fonctionne et avec quelle facilité il est possible d'en installer, d'en improviser une dans n'importe quel village. Bien peu de ressources sont nécessaires, il suffit d'une bonne volonté.

37. — **L'excès de poide du placenta comme contre-indication à l'allaitement mercenaire.** *Soc. des Sciences Médicales de Montpellier*, 1er juillet 1898.

Nous avons ici rapporté deux cas où, malgré l'absence de tout stigmate syphilitique chez l'enfant et chez la mère, malgré les déclarations de celle-ci, nous avions refusé de laisser mettre le nouveau-né en nourrice, nous basant sur l'excès de poids du placenta pour craindre une syphilis latente. Dans la suite ce diagostic fut absolument confirmé.

38. — **Céphalématome double bipariétal.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 20 mars 1903.

L'enfant, du sexe mâle et d'un poids de 3.820 grammes, offrait une largeur un peu anormale des sutures et des fontanelles. Deux jours après l'accouchement, normal, on vit paraître les deux tumeurs symétriques dont chacune avait le volume d'un œuf.

Des quelques recherches auxquelles nous nous sommes livré à propos de ce cas, il résulte que si le céphalématome se rencontre 1 fois sur 250 à 300 naissances, la variété double est beaucoup plus rare, puisque en réunissant diverses statistiques on n'en trouve que 15 cas sur 190 céphalématomes. En groupant les cas isolés, nous avons pu en réunir 30 observations.

Le céphalématome double siège habituellement à l'angle postéro-supérieur des deux pariétaux, parfois sur un pariétal et sur l'occipital. Dans sa pathogénie, deux influences sont seules évidentes : l'ossification insuffisante des os et le traumatisme. Plus encore que pour le céphalématome simple, le défaut d'ossification paraît prédominant. Sans avoir besoin de faire intervenir une dystocie ou des tiraillements cutanés par l'intermédiaire des cheveux, le céphalématome double bipariétal nous semble souvent produit par un écrasement du sommet de la tête sur le plancher pelvien.

39. — **Céphalématome du pariétal droit.** Deux observations in L. Reynès : Sur le céphalématome. *Nouveau Montpellier médical*, 1900.

40. — **Syphilis héréditaire pemphygoïde généralisée intra-utérine.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 7 février 1902.

Dans cette observation, une femme porteuse de lésions syphilitiques anciennes met au monde, en 1899, un enfant mâle de 2.875 grammes, qui mourut une heure après. Cet enfant, au premier coup d'œil, semblait présenter des signes marqués de macération.

En réalité, cet aspect était dû à des lésions cutanées circonscrites raprésentant les éléments d'une éruption spéciale.

Ces éléments étaient constitués par das vésicules rondes dont l'épiderme soulevé avait pris une teinte grisâtre. Leur contenu était un liquide séraux, non purulent. La plupart de ces vésicules avaient perdu leur épiderme. Le derme apparaissait, dans le fond, brun rougeâtre, prasque chocolat. Ces éléments avaient des dimensions variant entre celles d'une lentille et d'une pièce de deux francs. Par place ils arrivaient à confluence, dénudant ainsi da plus larges espaces qui gardaient un pourtour policyclique. Ces plaies avaient l'aspect d'une peau macérée. L'éruption était surtout marquée aux extrémités et sur l'abdomen.

On diagnostiqua une syphilis héréditaire pemphygoïde. Après un traitement antisyphilitique sommaire, cette femme accoucha en 1900 d'un enfant mâle n'ayant aucune tare syphilitique apparente.

41. — **Intoxication phéniquée d'un nouveau-né par un pansement au salol.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 3 mai 1901.

Un enfant, né à sept mois et pesant 1.580 grammes, avait été mis en couveuse et s'était parfaitement élevé jusqu'à peser 2.600 grammes. Comme il présentait quelques excoriations fessières, on les enduisit de vaseline salolée. Douze heures après, l'enfant présentait tous les signes de l'intoxication phéniquée et succombait en trente-six heures.

On connaît l'extrême susceptibilité des jeunes enfants à l'acida phéniqua at l'on sait, d'autre part, qua le salol au contact des tissus se dédouble en acide phéniqua et acide salicylique; il est donc facile d'expliquer les phénomènes relatés ci-dessus, surtout si l'on veut bien sa souvenir que chez le nourrisson on peut craindre l'action du ferment dédoublant le salol, découvert par Nobécourt et Merklen dans le lait de femme.

Pour éviter tout danger de ce chef, le salol davrait être proscrit de la thérapeutique des nouveau-nés et en particulier des pansements du cordon.

G. — TÉRATOLOGIE

42. — **Hydrocéphalie anencéphalique avec ossification précoce des os du crâne** (En collaboration avec le docteur L. Reynès). *Société d'obstétrique de Paris*, 21 juin 1900.

L'enfant, extrait par une application de forceps au détroit supérieur, pesait 3.445 grammes et vécut 99 heures. Il tétait, criait, respirait et se mouvait de telle manière qu'on ne pouvait soupçonner sa malformation. A l'autopsie tout était normal, sauf la tête. Celle-ci, un peu volumineuse, mesurait 11 centimètres de diamètre bipariétal et 15 cm. 5 de mento-maximum. A l'ouverture du crâne on constata une hydrocéphalie, mais avec deux circonstances très particulières.

En premier lieu, le cerveau était presque entiérement réduit aux noyaux de sa base, ce qui caractérise l'hydrocéphalie anencéphalique.

En outre, les os du crâne, loin d'être amincis, étaient plus ossifiés que normalement, et sutures et fontanelles se trouvaient plus exiguës que chez l'enfant à terme.

Cette variété d'hydrocéphalie est assez rare, et depuis le cas publié en 1875 par M. Budin, on n'en connaît que quelques exemples. Au point de vue pathogénique, notre observation ne paraît pas s'accommoder parfaitement de la théorie de Duret, d'après laquelle la dystrophie cérébrale serait la conséquence d'une malformation vasculaire primitive. Nous croyons, au contraire, qu'elle s'accorde mieux avec la théorie de l'atrophie cérébrale par compression excentrique.

Quant à l'ossification très avancée de cette tête, c'est là un fait aussi exceptionnel. Parmi les quelques cas connus, nous rappelons celui de Dugès-Legrand, cité dans sa thèse par M. Herrgott, et

celui de M. Budin, mais même dans ces deux cas la largeur des fontanelles était supérieure à la normale, contrairement à notre cas.



Fig. 4.

Nous terminons cet exposé en faisant remarquer les difficultés du diagnostic de cette malformation en clinique et de son importance dans certains cas.

43. — **Volumineuse méningo-encéphalocèle de la région occipitale; extirpation dix jours après la naissance; guérison.** (En collaboration avec les docteurs Galavielle et Lapeyre.) *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 9 juin 1902.

44. — **Note sur l'examen anatomique et histologique d'une encéphalocèle.** (En collaboration avec le docteur Ed. Grynfeltt.) *Société anatomique de Paris*, 26 février 1904.

Depuis le mémoire de M. Berger attribuant à ces tumeurs une structure atypique, mélange d'éléments cérébraux, cérébelleux et de



Fig. 5.

tissus mésodermiques, elles sont considérées, non comme des hernies du cerveau, mais comme de véritables néoplasmes, aussi en pratique-t-on plus volontiers l'ablation ; et dans la thèse de Mme Deloff (1900), faite sous l'inspiration du professeur Kirmisson, on ne compte pas moins de 80 opérations de ce genre avec 54 succès. Le cas que nous avons ci-dessus relaté ne peut être qu'un nouvel encouragement à de telles interventions.

La tumeur était très volumineuse, au moins égale aux deux tiers de la tête fœtale, elle était assez largement pédiculée, et sa cavité centrale communiquait avec l'intérieur de la boîte cranienne.



Fig. 6.

A cause d'une menace d'ulcération on dut opérer dès le dixième jour après la naissance. L'intervention fut très rapide, sans anesthésie, et la guérison se fit sans incident fâcheux. L'enfant, depuis lors, se développa normalement.

Nous ferons remarquer le volume considérable de la tumeur, la date très précoce de l'intervention et les bons résultats obtenus.

Au point de vue anatomo-pathologique, cette tumeur était une hydrencéphalocèle constituée par une enveloppe cutanée, une vaste poche cérébroïde et une grande cavité centrale. La poche cérébroïde était très différente dans les 2/3 antérieurs et le 1/3 postérieur de la tumeur ; plus épaisse en avant, ayant macroscopiquement l'aspect de circonvolutions cérébrales normales, elle était séparée de la peau par une couche lacunaire formée par des adhérences filiformes réticulées. Microscopiquement, cette région présentait à peu près la structure des circonvolutions cérébrales normales, avec couches régulières, cellules pyramidales, vaisseaux pénétrants, etc... La région postérieure de la poche cérébroïde était plus mince, adhérente à la peau et presque exclusivement composée de névroglie. Un petit kyste isolé, sous-cutané, avait aussi cette dernière constitution.

En résumé, si la région postérieure de la tumeur était nettement un céphalome, sa partie antérieure ressemblait beaucoup au tissu cérébral normal sans éléments cérébelleux, et s'éloignait complètement du type de tumeur décrit par M. Berger. Quoi qu'il en soit de sa nature, l'ablation de la tumeur n'a été suivie d'aucun accident.

Au point de vue purement obstétrical, signalons que l'accouchement fut très rapide dans un grand bassin de quintipare, ce qui sauva probablement l'existence de l'enfant en le faisant échapper à une compression un peu longue de sa tumeur. Dans les antécédents, notons une microcéphalie très caractérisée chez un oncle et la grand'mère de l'enfant, ainsi que la consanguinité des procréateurs.

45. — **Un cas de main bote cubitale double d'origine congénitale.** (En collaboration avec le docteur Emile Jeanbrau.) Présentation de l'enfant à la *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 24 juin 1898.

46. — **Etude d'un cas de main bote cubitale pure coexistant avec d'autres malformations congénitales.** (En collaboration avec le docteur Emile Jeanbrau.) *Nouveau Montpellier médical*, 26 mars et 1er avril 1899, 16 pages et 1 pl.

47. — **Dissection d'une main bote cubitale pure avec luxation congénitale du coude.** (En collaboration avec le docteur Emile Jeanbrau.) *Bulletin de la Société anatomique*, 10 novembre 1899 et *Nouveau Montpellier médical*, t. X, 1900, 9 pages et 2 fig.

Tandis que le pied bot est un vice de conformation banal, tant il est fréquent et bien étudié, la main bote, si l'on s'en rapporte à Bouvier, est presque une curiosité scientifique. D'ailleurs, sur 1.444 cas de malformations, Hoffa n'a rencontré qu'un seul exemple de main bote, et Döllinger un seul aussi, sur 859. M. Kirmisson, dans son *Traité des maladies chirurgicales congénitales*, dit n'en avoir vu que 8 en 8 années aux Enfants-Assistés.

Avec notre ami Jeanbrau nous avons décrit un nouveau cas dont était porteur un enfant né à la Clinique d'accouchements de Montpellier, dans le service de notre Maître, le professeur Grynfeltt.

Ce nouveau-né présentait un double pied bot varus équin et une double main bote. Au repos, les mains étaient fortement déviées vers le bord cubital, l'axe de la main faisant avec celui de l'avant-bras un angle de 120°. Il y avait en outre une atrophie assez marquée de l'index et une laxité anormale dans l'articulation du coude. La radiographie nous permit de reconnaître que cette déviation s'expliquait par une malformation du radius avec incurvation en dedans de sa partie inférieure. Quoique les épipbyses ne fussent pas visibles sur les clichés radiographiques, l'écartement considérable des deux os de l'avant-bras à leur partie supérieure permettait de conclure à une subluxation du coude, subluxation probable du radius en avant.

L'enfant vécut 15 mois et mourut de gastro-entérite. Nous avons pu faire la dissection de ses membres supérieurs, dont on voit ci-dessous une photographie. Celle-ci a été prise la main

étant au repos, telle qu'elle se plaçait naturellement pendant le sommeil. La netteté de la déviation vers le bord cubitsl, sans flexion palmaire combinée, permet de ranger cette malformation, d'après Bouvier, dans le groupe des mains botes cubitales pures.

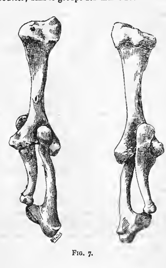


Fig. 7.

Cette variété était jusqu'à présent toute théorique, puisque les auteurs n'en citent qu'un seul exemple, celui de Robert, qui est en réalité un cas de main bote cubito-palmaire.

La dissection nous donna la clef de cette difformité ; le squelette de l'avant-bras, qui est figuré ici, présentait les particularités suivantes : 1° le squelette était absolument entier et simplement déformé ; 2° l'épiphyse inférieure du radius, très volumineuse, était

tordue et comme enroulée au-dessous de l'épiphyse cubitale correspondante. Il en résultait que sa surface articulaire, au lieu



Fig. 8.

d'être horizontale, regardait en bas et en dedans et que le carpe était repoussé fortement vers le bord cubital ; 3° au niveau du coude, le radius s'était creusé une large cavité articulaire sur la

face antérieure de l'épiphyse humérale au-dessus du condyle, tandis que le cubitus, avec lequel il n'était pas en contact, était subluxé en arrière : il existait en somme une luxation divergente incomplète congénitale du coude.

Au point de vue pathogénique, nous devons avouer notre ignorance. La symétrie parfaite des lésions aux deux côtés du corps peut seule faire penser à une origine nerveuse.

La grossesse et l'accouchement furent absolument banals, et nous ne pouvons signaler de ce côté que des symptômes marqués d'auto-intoxication durant les cinq premiers mois.

Ajoutons enfin que, lorsqu'elle eut accouché, la malade déclara qu'aucune émotion ou impression morale n'avait agi sur elle pendant sa grossesse ; mais catéchisée journellement par les autres malades de la Clinique, elle en arriva à inventer progressivement un petit romsn qu'elle racontait plus tard avec une grande assurance, et qui était bien fait pour donner satisfaction à ls théorie des impressions maternelles.

48. — **Maladie kystique des deux reins coexistant avec nne main bote cubito-palmaire et quelques autres malformations chez un fœtua né vivant au septième mois.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 19 janvier 1900.

Le fœtus qui fit l'objet de cette communication ne vécut que quelques instants. La grossesse, ni l'accouchement n'avaient rien offert de remarquable. L'enfant, du poids de 1.410 grammes et d'une longueur de 37 centimètres, présentait : 1° une méningocèle du lambda ; 2° une dent incisive inférieure droite ; 3° une maladie kystique des deux reins ; 4° un utérus cloisonné ; 5° une main bote cubito-palmaire à droite ; 6° deux pieds bots varus équins. Du côté du délivre, à noter aussi que le placenta arrivait prés du col par son bord et que le cordon se fixait à l'extrême bord du plscenta justement au ras du col utérin. Peut-être cette disposition vicieuse du cordon joua-t-elle un rôle dans la production des anomalies

fœtales; malgré nos investigations, aucune autre cause ne fut découverte.

Les deux reins pesaient l'un 150 grammes et l'autre 110; ils présentaient, à la coupe, une masse centrale tourbillonnée de tissu conjonctif fibreux qui envoyait en tous sens des ramifications. Calices, bassinet avaient presque entièrement disparu et les pyramides étaient très difficiles à reconnaître, tant elles étaient atrophiées et divisées, hachées en quelque sorte par les tractus fibreux. Toute la substance corticale et tous les interstices des travées conjonctives sont bourrés d'une multitude de petits kystes, de dimensions variant entre la tête d'une épingle et une lentille, contenant un liquide incolore et colloïde. En outre, le rein gauche renferme en quelques points de petits noyaux indurés qui ont été reconnus pour des concrétions uratiques.

49. — **Glande mammaire axillaire accessoire.** *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 1899.

50. — **Glandes mammaires supplémentaires abdominales chez un homme.** *Soc. des Sciences médicales de Montpellier*, 17 juin 1898.

Observation et photographie d'un jeune homme de 23 à 24 ans, de belle stature, qui présentait à la partie supérieure de l'abdomen, et un peu plus bas du côté droit que du côté gauche, un petit mamelon, des dimensions d'une grosse lentille, saillant et pigmenté, entouré d'une zone aréolaire également pigmentée, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Ce mamelon était implanté sur une sorte de petit noyau résistant dans l'épaisseur du derme. Ces deux productions affectaient l'aspect de seins en miniature et devaient être regardés comme de véritables glandes mammaires supplémentaires indépendantes.

51. — **Monstre pseudencéphalien thlipsencéphale.** (Présentation de la pièce à la *Société des Sciences médicales de Montpellier*, 5 juin 1900.)

Né à terme et d'un poids moyen, ce fœtus présente une tête réduite à une sorte de moignon porté sur un cou très court. La face est toute petite, quoique conservée dans ses formes ; le crâne a disparu et l'encéphale forme avec tous les tissus cutanés, conjonctifs, vasculaires, etc., de la région une tumeur plate mamelonnée, irrégulière.

La malformation atteint jusqu'au trou occipital, qui est ouvert en gouttière en arrière, ce qui suffit à distinguer ce cas des notencéphales et à le classer dans les thlipsencéphales.

52. — **Monstre unitaire, omphalosite, anidien, anide.** (En collaboration avec le docteur J. Cavalié.) *Société des Sciences médicales de Montpellier*, in *Nouveau Montpellier médical*, 1900. Voir aussi *Société anatomique de Paris*, 23 février 1900.

Cette curieuse pièce provient d'une grossesse gémellaire probablement univitelline. L'autre enfant était complétement développé et pesait 3.400 grammes ; il mourut moins de huit jours avant le terme. Lors de l'accouchement, c'est après le fœtus bien conformé que le monstre fut expulsé.

Ce dernier était constitué par une masse charnue, momifiée, réniforme, du volume d'un fœtus de 6 à 7 mois. Cette masse était enveloppée dans un amnios propre et portait quelques cheveux disposés autour de l'une de ses extrémités, au-dessus de quelques tubercules irréguliers. A l'intérieur de l'enveloppe cutanée et noyé dans une masse uniforme de tissu fibreux et graisseux existait un massif ostéo-cartilagineux, vague silhouette d'un squelette humain.

Il n'existait pas de syphilis dans la famille, mais une tante de l'accouchée avait eu deux jumeaux, ainsi que les femmes des *trois frères de son mari* et l'une d'elles à deux reprises.

Ces monstres anidiens sont les plus imparfaits des omphalosites

et ne présentent aucune trace d'organe nettement différencié, c'est même pour cette raison que devant la Société anatomique nous nous étions crus obligés de rattacher notre cas aux acéphaliens mylacéphales à cause de son apparence de squelette. Mais ceci ne suffit pas, et c'est bien là un monstre anide.

Ces formations sont très rares dans l'espèce humaine. Geoffroy Saint-Hilaire, sur 4 anides connus, n'en trouve qu'un seul chez l'homme, celui de Bland, dont la description est presque identique à la nôtre; c'était d'ailleurs aussi le produit d'une grossesse gémellaire.

H. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE

53. — **La gsstrostomie et ses résultats.** *Mémoire d'Internat des hôpitaux de Montpellier*, 1896.

Ce mémoire fut présenté et couronné au concours entre Internes en 1896. Bien qu'il n'ait jamais été imprimé en entier, il fut à plusieurs reprises communiqué intégralement à divers chirurgiens. C'est ainsi que MM. Forgue et Reclus, dans leur *Traité de thérapeutique chirurgicale*, nous ont fait l'honneur d'adopter notre classification des procédés, hasée sur le mode d'occlusion de la fistule, et de donner en grande partie nos statistiques. M. Braquehaye, dans sa monographie, *La Gastrostomie*, a aussi adopté à très peu près ces divers points, ainsi que nos figures schémstiques sur les rapports de l'estomac avec les incisions de la paroi abdominale et sur les procédés valvulaires.

De ce mémoire, quatre extraits furent seuls publiés, et ce sont eux que nous allons très succinctement résumer.

I. — *Les rapports de la face antérieure de l'estomac et les tracés des incisions dans la gastrostomie.*

Tandis que les anciens anatomistes et avec eux Sabatier, Cruveilher, Richet, Sappey, sdmettaient que l'estomac est très peu oblique et presque transversalement placé au-devant de la colonne vertébrale, Luschka, Betz, Henle, Lesshaft, Tillaux, Testut et la plupart des auteurs modernes lui assignent une direction presque verticale. Après avoir indiqué ses deux points fixes : cardia et pylore situés chacun sur l'une des deux verticales qui descendent par les hords latéraux du sternum, ainsi que la mobilité de ses sutres parties, nous insistons surtout sur les rapports de sa face

antérieure avec leurs variations suivant certaines conditions. C'est ainsi que, chez la femme, surtout chez celle qui a fait un usage immodéré du corset, l'estomac est assez souvent refoulé au-dessous des limites habituelles. De même, chez les malades cancéreux ou en état d'inanition, il est en général rétracté et de dimensions exiguës au point de ressembler, exceptionnellement, à une anse d'intestin grêle. Dans les cas de néoplasme, il est en outre petit, friable, peu extensible, ce qui augmente les difficultés. De ces diverses constatations, nous tirons quelques conséquences à propos des incisions dans la gastrostomie, et passant en revue les divers tracés proposés nous les ramenons à six grands types :

1° Incision cruciale (Sédillot) ;

2° Incision oblique en bas et à gauche, suivant plus ou moins le rebord chondro-costal gauche (Fenger, Labbé, Verneuil) ;

3° Incision transversale (Albert, Jouon) ;

4° Incision verticale à travers le muscle grand droit (Girard, von Hacker, Jaboulay) ;

5° Incision verticale sur la ligne médiane (Delagenière, Reynier, Peugniez) ;

6° Incision dans un espace intercostal (Hahn, Ceccherelli, Heusner).

Nous faisons ensuite une courte étude critique qu'illustre une double planche en couleur. Nous terminons cet exposé en nous ralliant aux incisions de Fenger ou de Labbé modifiée par Verneuil.

II. — *Des moyens d'assurer l'étanchéité de la fistule.*

Après avoir montré que le danger capital de la fistule gastrique est son incontinence fréquente, nous appuyant sur ce que l'originalité de chaque procédé et sa caractéristique sont surtout constituées par le moyen grâce auquel on a voulu empêcher cette incontinence, nous en avons fait la base de notre classification des procédés opératoires.

Rétention des liquides gastriques et occlusion de la fistule par	I° Des Appareils obturateurs	1° Sonde à demeure. — *Verneuil, Trendelenburg, Terrier.* 2° Appareils divers. — *Sédillot, Langenbeck, Lannelongue, Terrillon; Reynier.* 3° Coton vaseliné sur l'orifice externe. — *Lucas-Championnière.*
	II° La situation élevée de la fistule	*Delagenière, Hahn, Ceccherelli, Heusner.*
	III° La paroi abbominale	1° Formation d'un sphincter par le grand droit. — *Girard, Von Hacker, Jaboulay.* 2° Formation d'un trajet interchondrocostal. — *Hahn, Ceccherelli.* 3° Formation d'un trajet sous-cutané. — *Ssabanejew, Franck, Villar, Jaboulay, Lindner.* 4° Formation d'un canal étroit direct dans un tissu de cicatrice. — *Poncet.*
	IV° La paroi viscérale	1° Torsion spiroïde ou en bourse de l'orifice gastrique. — *Ulmann, Stamm, Von Noorden, Greig-Smith.* 2° Orifice cutané bordé par la muqueuse. — *Berger, Terrier, Hartmann, Doyen.* 3° Orifice gastrique très petit. — *Bryant, Lucas-Championnière, Howse, Hartmann, Terrier, Poncet.* 4° Trajet oblique musculo-muqueux. — *Witzel.* 5° Valvulation de la muqueuse. — *Pénières, Forgue.* 6° Valvulation de toute la paroi stomacale. — *Fontan.*

Nous faisons ensuite la description et la critique de ces diverses méthodes en insistant d'une manière toute spéciale sur les procédés valvulaires qui nous paraissent assurer plus parfaitement la continence de la bouche gastrique. Une planche, par la comparaison d'une triple série de figures, permet de bien saisir les différences qui caractérisent, dans chacun de ces procédés, la formation de la valvule.

III. — *Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage : gastrostomie par un nouveau procédé valvulaire.*

C'est ici l'observation d'une jeune femme atteinte d'un rétrécissement cicatriciel infranchissable et qui fut opérée d'urgence, n'ayant absolument rien pris depuis six jours. Ce fut le premier cas sur lequel M. le professeur Forgue pratique son procédé, qui consiste essentiellement à opérer en un seul temps et à attirer dans l'incision un pli stomacal dont la muqueuse est refoulée vers la cavité de l'organe pour y former valvule. La fistule est formée par une simple ponction très étroite de toute la paroi gastrique.

Cette malade se nourrit durant plusieurs mois par sa fistule, que l'on put ensuite laisser fermer après dilatation de l'œsophage. Il fallut plus tard la rouvrir. Cette femme succomba quelque temps après par empoisonnement accidentel.

IV. — *Du choix d'un procédé.*

Après un examen des indications relatives des diverses méthodes, nous conseillons :

1° Dans les cas d'urgence, une opération en un seul temps.

2° Hors des cas d'urgence, la gastrostomie en deux temps. Mais ici, tandis que dans les rétrécissements cancéreux la gastropexie d'attente semble avoir des avantages sérieux, dans les rétrécissements non cancéreux, l'opération en un temps est parfaitement acceptable.

Parmi les divers procédés en deux temps, nous donnons nos préférences à ceux de M. Poncet et de M. Pénières ; parmi les interventions en un temps, nous choisissons volontiers les deux procédés valvulaires.

V. — *Résultats et statistiques.*

Nous considérons d'abord les résultats immédiats de la gastrostomie, puis ses résultats à distance. Nous donnons ensuite un



Fig. 9.

résumé de toutes les statistiques importantes de Lefort, de Gross, de Vitringa, de Zésas, de Cohen, de Knie, de Heydenreich et de Johansen. Nous terminons enfin ce chapitre par l'exposé de notre statistique propre. Elle repose sur toutes les observations que nous avons pu recueillir depuis le mémoire de Johansen. Sur ces 128 cas, 121 seulement ont pu nous servir, les 7 autres manquant trop de détails. Voici d'ailleurs les chiffres que nous avons obtenus :

74 gastrostomies pour *rétrécissement cancéreux* ont donné :

10 décès dans les 10 premiers jours, soit : 14,86 p. 100.

26 décès dans le 1er mois, soit : 35,14 p. 100.

48 survies de plus d'un mois, soit : 64,86 p. 100.

26 opérations pour rétrécissement de *nature inconnue* ont donné :

5 décès dans les 10 premiers jours, soit : 19,22 p. 100.

15 décès dans le 1er mois, soit : 57,69 p. 100.

11 survies de plus de 30 jours, soit : 42,31 p. 100.

21 cas de rétrécissement *non cancéreux* ont donné :

1 décès dans les 10 premiers jours, soit : 4,76 p. 100.

2 décès dans le 1er mois, soit : 9,53 p. 100.

19 survies de plus d'un mois, soit : 90,47 p. 100.

Parmi ces derniers cas, il faut compter 11 guérisons définitives.

Enfin, si nous réunissons en un seul bloc nos 121 gastrostomies nous voyons qu'elles ont été suivies de :

16 décès durant les 10 premiers jours, soit : 13,22 p. 100.

43 décès durant le 1er mois, soit : 35,54 p. 100.

78 survies de plus de 30 jours, soit : 64,46 p. 100.

Enfin, dans une série de tableaux nous avons comparé nos chiffres à ceux de nos devanciers, d'où résulte actuellement une notable amélioration du pronostic de la gastrostomie.

54. — **Hernie inguinale étranglée chez un enfant de trois ans; entérectomie et application du bouton de Murphy. Guérison.** In Marc Blanc : *Du passage des microbes à travers les parois de l'intestin hernié.* Th. de Montpellier, 1896.

Observation d'un jeune enfant porteur d'une hernie inguinale droite depuis les premiers jours de sa vie. Par l'application d'un bandage, une bonne contention avait été peu à peu obtenue, puis le bandage fut enlevé. A l'âge de trois ans, sous l'influence d'un effort de toux, la hernie se reproduisit brusquement et s'étrangla. Quatre jours après, l'enfant, dans un état extrêmement grave, était opéré. L'intestin fut trouvé sphacélé par places et l'on dut en réséquer une longueur de 7 à 8 centimètres. La réunion des deux bouts fut obtenue par l'application d'un bouton de Murphy de volume moyen. Dix-huit heures après l'opération, on donna une forte purgation à l'huile de ricin et dix heures après un fort lavement que suivit une selle. Lavements quotidiens. Sept jours après l'opération, l'enfant rendait le bouton dans ses selles. Un mois et demi après il sortait de l'hôpital entièrement guéri et en parfait état.

55. — **Phlegmon du ligament large droit; hecticité; laparotomie sous-péritonéale; mort.** (Obs. in E. Jeanbrau : *De la voie sous-péritonéale dans certaines suppurations du bassin.* Th. de Montpellier, 1898.

J. — PATHOLOGIE MÉDICALE

56. — **De la signification critique de la rechute dans la soi-disant Maladie de Weil.** (En collaboration avec le docteur F.-J. Bosc.) *Progrès médical*, juillet 1894.

Dans cette étude de l'ictère fébrile à rechute, improprement appelé « Maladie de Weil », nous svons voulu démontrer que cette rechute n'est pss un caractère suffisant pour constituer une nouvelle entité morbide et que cette malsdie doit se perdre dsns le groupe des ictères infectieux. Violente réaction de l'organisme en rapport svec le degré de l'intoxication, ls rechute s ou bien une signification critique nette, ou bien ls vsleur d'une hyperintoxicstion psr crise svortée.

Dsns le css qui s évolué sous nos yeux comme un schéma de l'affection, nous avons constaté :

1° *Une période d'invasion* d'une durée de trois jours ;

2° *Une période d'état* ou d'infection qui s'est marquée par tous les phénomènes communs aux ictères fébriles en générsl, mais sans albuminurie et avec détermination myocardique accentuée ;

3° *Une période de convalescence*, qui se divise en trois phases :

a) *Phase apyrétique* ou *d'intoxication* précritique due à l'accumulation de matières toxiques dans l'économie (troubles circulatoires, calorifiques, urinaires).

b) *Phase critique* (ancienne rechute) marquée par un paroxysme fébrile (40°), des vomissements, des sueurs abondantes, des modifications urinsires profondes, de l'hypertrophie doulonreuse du foie... tous phénomènes passsgers, suivis de guérison. Cette phase correspond à un violent effort de l'organisme pour trsnsformer des produits toxiques dont l'éliminstion réclsmait d'énergiques oxydations.

c) *Phase de convalescence* proprement dite.

Dans le cas où la crise n'aboutit pas franchement vers la guérison, probablement par suite de lésions hépatiques ou rénalee, il en résulte des phénomènes d'hyperintoxication qui ne eont autres que la rechute des anciens auteurs.

57. — **Un cas d'hémorrhagie cérébrale double, bilatérale, symétrique, simultanée dans les lobes frontaux.** *Nouveau Montpellier médical*, 1897, t. VI, pp. 467-477.

A propos d'une obeervation aesez curieuse, nous avons fait quelques recherches sur la symétrie des foyers d'hémorrhagie cérébrale. M. Grasset, sur 11 observatione, note 5 foie des lésions bilatéralee dont 4 à foyers eymétriques. Cette fréquence ne ee rencontre jamais pour lee foyere de ramollissement. Charcot et Bouchard, sur 80 cas d'hémorrhagie cérébrale, en comptent 26 de bilatéralee dont 5 simultanées et 21 successives. Parmi ces 26 cae de lésions bilatérales, 12 fois il y a eymétrie, dont 2 fois seulement avec production simultanée.

Nous terminons cette étude par diverses considérations pathogéniques tendant à expliquer cette symétrie par l'influence d'une vaeo-dilatation toxique sous l'action du système nerveux central.

58. — **Le premier cas de croup traité à Montpellier par le sérum de Roux; guérison.** (Obs. in : professeur Carrieu : *Du traitement de la diphtérie par la méthode de MM. Roux, Martin et Chaillou*. Montpellier, 1894.

59. — **Trois observations de pseudo-rhumatisme dysentérique.** In J. Cathala : *Des localisations articulaires dans la dysenterie*. Th. de Montpellier, 1895.

K. — VARIA

60. — **Compte rendu de la Clinique obstétricale de Montpellier** durant l'année scolaire 1897-98. *Nouv. Montpellier médical*, 1899, 96 pages et 1 feuille hors texte.

Cet exposé comprend l'ensemble des faits qui se sont passés dans le service de notre Maître le professeur Grynfeltt, du 1er novembre 1897 au 1er novembre 1898. Nous y avons classé nos matériaux de travail en cinq chapitres, passant ainsi successivement en revue :

1° L'organisation du service et de l'enseignement;

2° La statistique résumée du mouvement du service;

3° Les particularités relatives aux femmes enceintes ;

4° Les points intéressants notés au cours des accouchements et du post-partum;

5° Les faits saillants offerts par les nouveau-nés.

Cette description se termine par une reproduction des feuilles d'observations spéciales en usage à la Clinique, et que nous avons établies avec l'approbation de notre Maître.

61. — **Contribution à des thèses pour lesquelles nous avons donné des observations ou des documents divers.**

De la conduite à tenir dans la rétention du placenta après l'avortement. — F. Cambriel, *Th. de Montpellier*, 1898.

Contribution à l'étude des accidents gravido-cardiaques. — G. Manès, *Th. de Montpellier*, 1898.

Des bains froids dans l'infection puerpérale généralisée. — M. Moraillon, *Th. de Montpellier*, 1898.

Végétations et grossesse. — G. Loup, *Th. de Montpellier*, 1898.

Essai sur l'avortement et l'accouchement prématuré à répétition à la Clinique obstétricale de Montpellier. — A. Jourdan, *Th. de Montpellier*, 1899.

De la dysplasie des parties molles comme contre-indication à l'accouchement prématuré provoqué dans les cas de bassin généralement rétréci. — J. Atger, *Th. de Montpellier*, 1899.

Dystocie par oblitération complète du col utérin. — S. Gouzy, *Th. de Montpellier*, 1899.

Du curettage; son action régressive sur certains états fibromateux de l'utérus. — L. Reynès, *Th. de Montpellier*, 1899.

Diabète et grossesse. — A. Salémi. *Th. de Montpellier*, 1900.

Grossesse et accouchement dans l'utérus didelphe. — Bousquet, *Th. de Montpellier*, 1902.

Contributions à l'étude des déchirures des culs-de-sac du vagin au cours des accouchements. — L. Contencin, *Th. de Montpellier*, 1903.

62. — **Analyses** de mémoires, de thèses d'ouvrages divers dans *le Nouveau Montpellier médical* de 1898 à 1903.

TABLE DES MATIÈRES

28-3-04 — Tours. — Imp. E. Arrault.